

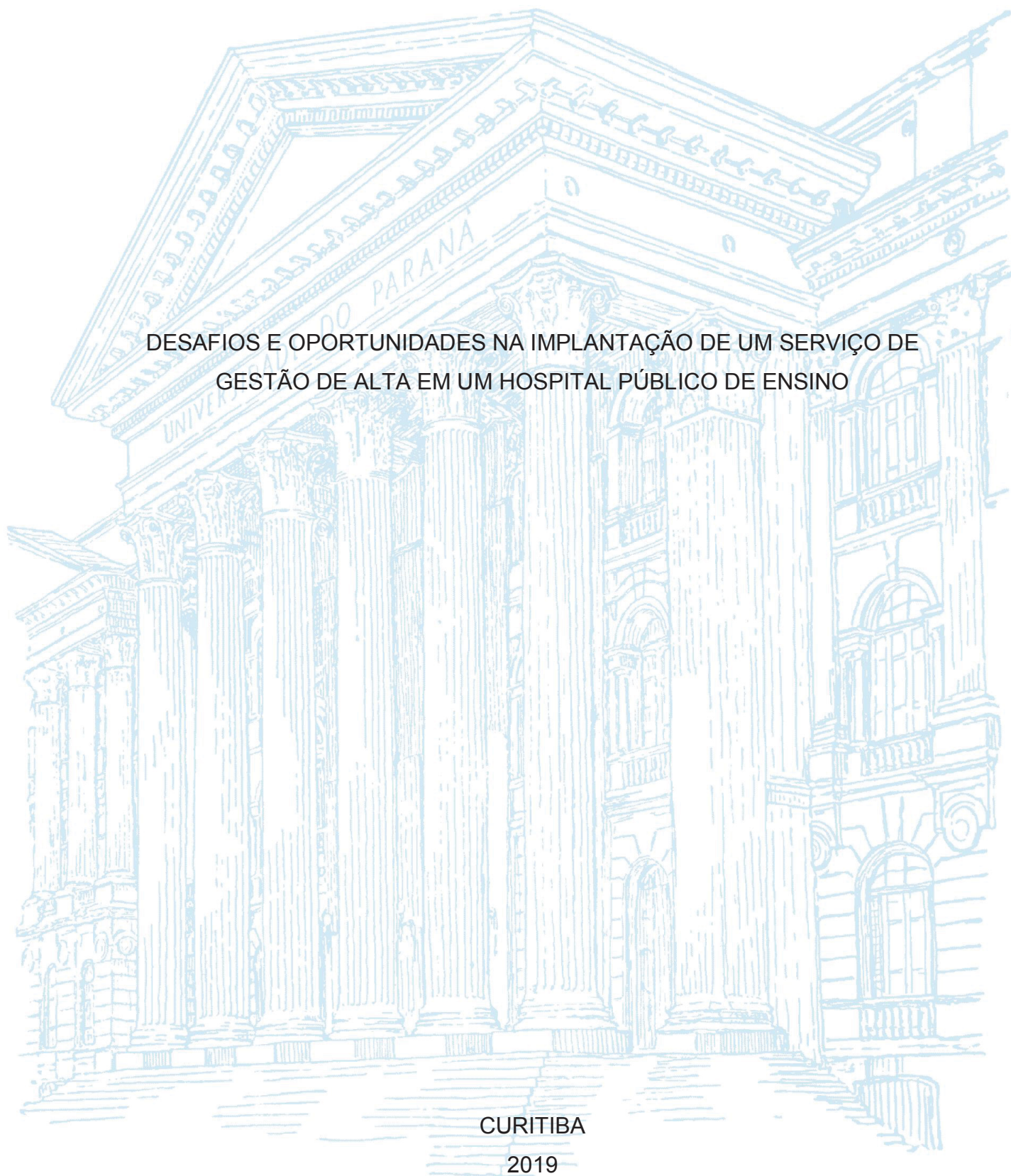
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

SIRLEIDE PEREIRA GOMES ALVIM

DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE
GESTÃO DE ALTA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

CURITIBA

2019



SIRLEIDE PEREIRA GOMES ALVIM

DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA IMPLANTAÇÃO DE UM SERVIÇO DE
GESTÃO DE ALTA EM UM HOSPITAL PÚBLICO DE ENSINO

TCC apresentado ao curso de Pós-Graduação em Gestão da Saúde, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Especialista em Gestão da Saúde.

Orientador(a): Prof(a). Dr(a). Priscila Cunha Sade

CURITIBA

2019

Dedico este trabalho à Deus, meus pais e também ao meu esposo Carlos que, de forma carinhosa me deu força e coragem, me apoiando nos momentos de dificuldades. Dedico também aos meus filhos Tomás e Augusto, que embora ainda não tenham conhecimento sobre isto, iluminaram de maneira muito especial os meus pensamentos, trazendo paz na correria do dia-a-dia e fazendo com que eu procurasse por ainda mais conhecimento.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a todos pela paciência, compreensão e incentivo para conclusão deste trabalho. Agradeço principalmente à coordenadora deste curso, professora Karla Crozeta Figueiredo, à minha orientadora professora Priscila Cunha Sade, à tutora Joyce Santos, à instituição que possibilitou a realização deste estudo e aos meus chefes Jane Stival, Elizabeth Bernardino e Marcelo Stegani que estiveram presentes desde o início desta jornada.

“Só se vê bem com o coração, o essencial é invisível aos olhos”
(ANTONIE DE SAINT-EXUPÉRY)

RESUMO

Com o envelhecimento da população e aumento gradativo da expectativa de vida, inclusive no Brasil, que já ultrapassa os 75 anos, o consequente aumento do número de pacientes crônicos e a falta de capacidade dos serviços de atenção à saúde em diferentes níveis são motivos que exemplificam a necessidade dos hospitais em adotar estratégias que possibilitem o encaminhamento precoce e seguro dos pacientes para garantir a continuidade do sistema e atendimento integral das demandas de saúde da população. Dentro deste contexto e com vistas à implantação de estratégias que aumentem a eficácia dos hospitais, o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR) realizou durante o ano de 2018 a implantação do serviço de gestão de altas para manejar pacientes dentro da malha de atenção por meio de uma equipe de enfermeiros que articulam as necessidades dos pacientes dentro deste sistema, garantindo a continuidade do cuidado em ambiente extra-hospitalar. Objetivo: propor a qualificação do atendimento ao paciente durante a transição do cuidado para a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção. Método: aplicação de metodologia indutiva com observação dos resultados alcançados com as estratégias elencadas para aplicação durante os processos de trabalho na implantação do serviço de gestão de alta. Resultado: auxiliar e garantir a melhor forma de trocar informações com a atenção básica, facilitando o processo de contrarreferência dos pacientes atendidos pelo serviço e que devem continuar com os cuidados em âmbito domiciliar com acompanhamento pela atenção primária.

Palavras-chave: Contrarreferência. Atenção primária. Atenção Terciária. Serviço de Saúde. Transição do cuidado. Assistência em saúde.

ABSTRACT

The Brazilian population characterizes it to be relatively old. With a life expectancy of more than 75 years old. Consequently, the population with chronicle health problems had been growing, and the Healthcare System had to adapt themselves to attend the necessities of this growing population, using different strategies to guarantee to complete healthcare attention. In 2018 the complex Hospital de Clínicas from Federal University of Parana implanted the Discharged Management Service (DMS), with a team of nurses, like a comprehensive solution for managing the patients as they transition to home or extended care settings. The main objective of this work, it's makes a suggestion of qualification of the healthcare patient attention during the patient transitioning the extended care settings in the deferent levels of attention. Methodology: It was used an inductive methodology with the evaluation of the results achieved during the DMS function. Results: help and guarantee the best information exchange way to return the patient safely to the primary healthcare attention level.

Key words: Transfer Patient System. Primary care. Tertiary Care. Health Care Service. Healthcare transition. Healthcare Assistance.

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

CHC-UFPR	- Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná
DCNT	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
RAS	- Rede de Atenção à Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
UPA	- Unidade de Pronto Atendimento

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 APRESENTAÇÃO	10
1.2 OBJETIVO GERAL.....	12
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
1.4 JUSTIFICATIVA	12
2 REVISÃO DE LITERATURA	13
2.1 INTEGRALIDADE.....	13
2.2 ALTA RESPONSÁVEL.....	13
2.3 TRANSIÇÃO E CONTRARREFERÊNCIA	14
2.3.1 Atenção Primária.....	15
3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA.....	15
3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO.....	15
3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	16
4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA	16
4.1 PROPOSTA TÉCNICA.....	16
4.1.1 Plano de Implantação.....	18
4.1.2 Recursos	18
4.1.3 Resultados esperados.....	18
4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas.....	18
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	19
5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS	20
REFERÊNCIAS.....	21

1 INTRODUÇÃO

1.1 APRESENTAÇÃO

Com as estratégias de regionalização por meio das redes de atenção como elementos essenciais para garantir os princípios de integralidade, universalidade e equidade, que foram definidas no Brasil, na Constituição de 1988, as ações e serviços de saúde formam uma rede regionalizada e integrada em um único sistema abrangendo todo o território nacional. Contudo, o processo de construção do Sistema Único de Saúde (SUS) em um contexto político e econômico adverso, proporcionou o crescimento das ações em bases municipais e de serviços de saúde em consonância com a descentralização, proporcionando debate em busca da maior integração de ações e dos serviços de saúde e constatando que, a maioria dos municípios, isoladamente não possuem condições de garantir a oferta integral de saúde aos seus cidadãos (Ouverney; Noronha, 2013).

Os problemas relacionados ao envelhecimento da população demonstram que o aumento da longevidade e expectativa de vida se dá pelo resultado da implantação de políticas e também de incentivos que foram promovidos pelo Estado e pela sociedade onde, atualmente, sua consequência tem sido vista com grande preocupação principalmente no que tange a distribuição de renda e transferências de recursos para a sociedade, sendo desafiador para as famílias, setores produtivos e para o Estado (Nakatani-Macedo, 2015).

Concomitante ao aumento da expectativa de vida, ocorre também o aumento do número de pessoas com Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), as quais no Brasil, se constituem como um problema de saúde de grande proporção e corresponde a aproximadamente 72% das causas de morte no Brasil, pois atingem pessoas de todas as classes econômicas e também, de forma mais intensa, aos indivíduos que pertencem aos grupos classificados como vulneráveis, tais como os idosos, pessoas de baixa escolaridade e pessoas de baixa renda, onde os idosos representam 75,5% da população acometida por uma DCNT (Malta, 2015), causando aumento na demanda por serviços de saúde e impondo ao sistema a necessidade de reorganização para atender e buscar intervenções para a continuidade do cuidado como meio de garantir a qualidade de vida da população (Piuvezan et al., 2015).

No Brasil o sistema nacional de saúde está organizado em níveis de atenção, sendo baixa, média e alta complexidade. Destes, a atenção básica age como coordenadora do cuidado, o segundo nível é responsável por resolver entre 10 e 15% dos problemas e o terceiro nível, ainda que contenha uma quantidade maior de tecnologias avançadas, resolve 5% dos problemas de saúde (GÉRVAS; FERNÁNDEZ, 2011).

Uma boa organização dos serviços da atenção primária produz impactos positivos na saúde da população, tornando o sistema eficiente e permitindo o cumprimento das diretrizes do SUS de integralidade, universalidade e equidade. A integração, a coordenação e a continuidade são processos que estão relacionados e interdependentes que se expressam em vários âmbitos, incluindo o sistema, a atuação profissional e a experiência do paciente ao ser cuidado além de toda articulação que é exigida por outros setores de políticas públicas (GIOVANELLA, 2009).

As alterações demográficas, epidemiológicas e sociais promovem o aumento do número de pessoas com doenças crônicas em condições agudizadas e estes são fatores determinantes no aumento da demanda pela continuidade do cuidado nos diferentes níveis de atenção, o que evidencia a incapacidade das instituições de saúde em atender, de forma integrada, as transições de saúde e, garantir a sustentabilidade desse sistema (GIOVANELLA, 2009).

Frente a alta procura e baixos recursos disponíveis nos tratamentos em saúde, o Complexo Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná (CHC-UFPR), de forma pioneira, inseriu em seu atendimento o serviço de gestão de altas, o qual prevê e realiza diariamente a contrarreferência de pacientes atendidos no hospital a fim de que estes, tenham continuidade de seu tratamento em âmbito domiciliar por meio da articulação entre diferentes profissionais e serviços de saúde para execução de um plano de cuidado coerente e personalizado a cada usuário.

Tal processo tem garantido ao CHC-UFPR a melhora na eficiência em sua gestão devido a redução nos custos com a internação hospitalar e ao incorporar os saberes com as famílias e comunidades, possibilita o acesso ao nível de atenção que seja mais adequado ao cuidado do paciente, garantindo a continuidade do cuidado e o atendimento às necessidades de saúde.

Deste modo, este trabalho tem o objetivo de auxiliar o serviço de gestão de altas, na qualificação das informações repassadas aos pontos de saúde, tornando-

os integrados e possibilitando acesso aos recursos disponíveis com vistas ao cumprimento dos princípios e diretrizes do SUS.

1.2 OBJETIVO GERAL

Propor a qualificação do atendimento ao paciente durante a transição do cuidado para continuação da assistência nos diferentes níveis de atenção.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Garantir a continuidade da assistência nos diferentes níveis de atenção e propor a qualificação do atendimento e das informações sobre o paciente durante a transição do cuidado para continuação da assistência são os objetivos específicos deste trabalho.

1.4 JUSTIFICATIVA

A alta hospitalar é um procedimento técnico-administrativo realizado para que o paciente dê saída do hospital, porém, ao contrário do que rotineiramente é vivenciado, a alta hospitalar não é um evento único caracterizado apenas pelo término da hospitalização, mas sim, um processo complexo que ocorre ao longo do período de internação e que envolve a coordenação dos cuidados entre a equipe multidisciplinar, o paciente, a família e outros provedores de cuidados. O planejamento efetivo da alta hospitalar apoia a continuidade dos cuidados de saúde, contribui para a redução de custos hospitalares com o aumento da rotatividade de leitos e fortalece o vínculo entre os pacientes, familiares e equipe de saúde da atenção primária, viabilizando a continuidade dos cuidados em ambiente domiciliar.

Considerando estas informações e, por ausência de estudos que demonstrem o gerenciamento da alta hospitalar em instituições brasileiras, por equipes destinadas somente a este fim, a proposta de qualificação do atendimento se faz necessária para demonstrar inovação em um serviço público de atenção terciária e também para documentar uma série histórica relacionada à implantação, garantindo dados e sendo referência para estudos posteriores.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 INTEGRALIDADE

A integração, expressa na organização da rede assistencial do sistema de saúde por meio de diversos instrumentos gerenciais e normativos de definição de fluxos, sistemas de informação e territorialização e a integralidade da assistência foi considerada como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema (BRASIL, 1990; CRUZ, 2015).

A Constituição brasileira afirma em seu texto, ser dever do Estado garantir “o acesso universal e igualitário aos serviços de saúde para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Nesse mesmo texto, a integralidade aparece como um dos princípios do SUS: “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). Em comum, ambos os trechos articulam diversas dimensões ou lógicas das ações e dos serviços de saúde tais como a promoção, proteção e recuperação, no primeiro, e atividades preventivas e assistenciais, no segundo (MATTOS, 2004).

Uma outra dimensão sobre a integralidade diz sobre a capacidade dos profissionais para responder ao sofrimento manifesto, resultando em demanda espontânea, de forma articulada à oferta das ações ou procedimentos preventivos. Para os profissionais, isso inclui no seu cotidiano de trabalho processos ou rotinas de busca sistemática de necessidades silenciosas. Para os serviços, isso demonstra a criação de dispositivos e adoção de processos coletivos de trabalho que permitem ofertar, para além das ações demandadas pela própria população a partir de experiências individuais de sofrimento, ações voltadas para a prevenção. É importante também compreender que este contexto não se trata apenas de desenvolver protocolos ou rotinas capazes de identificar e oferecer ações preventivas não demandadas diretamente pelas pessoas que procuram os serviços de saúde (MATTOS, 2004).

2.2 ALTA RESPONSÁVEL

A necessidade de continuidade dos cuidados dos pacientes que recebem alta dos hospitais é realidade da maioria dos pacientes. Para que este processo de continuidade ocorra, a alta responsável foi entendida como a realização da transferência do cuidado complementada pela orientação dos pacientes e familiares quanto à continuidade do tratamento, reforçando a autonomia do sujeito, proporcionando o autocuidado e articulando a continuidade do cuidado com os demais pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), em particular a atenção básica, além de implantar mecanismos de desospitalização, com vistas a aplicação de alternativas às práticas hospitalares, como as de cuidados domiciliares pactuados na RAS (BRASIL, 2013).

A continuidade, de acordo com Gulliford et al. (2006) e Freeman et al. (2007) envolve a perspectiva do usuário enquanto receptor e a perspectiva do profissional enquanto provedor do cuidado, ou seja, inclui a responsabilização pela atenção ao paciente e a articulação efetiva entre as unidades para garantir à população não apenas o acesso nominal, mas a continuidade do cuidado.

2.3 TRANSIÇÃO E CONTRARREFERÊNCIA

A transição é um processo que ocorre ao longo do tempo, envolve desenvolvimento, fluxo e movimento e também a natureza da mudança que permeia a vida dos indivíduos e famílias, durante a transição. É considerada uma característica positiva essencialmente e, a pessoa em transição, ao passar pelo evento, alcança uma maior maturidade e estabilidade ao que passou (CHICK; MELEIS, 1986; SCHUMACHER; MELEIS, 1994). Nesse sentido, a ligação como a aproximação dos serviços e do fluxo de informação contribui com as ações de saúde voltadas as dimensões coletivas e individuais, envolvendo a assistência integral em diferentes níveis de atenção em saúde (BERNARDINO et al., 2010).

Assim, a contrarreferência funciona como um mecanismo para assegurar que o usuário em determinado nível de atenção, continue seu tratamento dentro do sistema de saúde sem perder as informações, sendo uma forma pela qual o paciente caminha ao longo da rede, devendo estar articulado e integrado (FRATINI, 2008).

A articulação de ações assistenciais e preventivas envolve um duplo movimento por parte dos profissionais. Apreender de modo ampliado as

necessidades de saúde e analisar o significado para o outro das demandas manifestadas e das ofertas que atendam às necessidades apreendidas, considerando o contexto imediato do encontro como o contexto da própria vida do outro, e selecionando aquilo que deve ser feito de imediato para gerar estratégias de produzir novos encontros em contextos mais adequados àquelas ofertas impertinentes no contexto específico deste encontro (MATTOS, 2004).

Por fim, a busca por mecanismos facilitadores do estabelecimento de processos de contrarreferência é dada como fundamental para concretizar o princípio da integralidade, mas, fica evidenciado também que as experiências que viabilizam este modelo técnico-assistencial ainda são frágeis e isoladas, não permitindo generalizações, mesmo ao nível de políticas públicas municipais (FRATINI, 2008).

2.3.1 Atenção Primária

No Brasil, a definição de atenção básica adotada foi centrada nas necessidades dos diversos grupos populacionais, compreendendo a atenção básica como um conjunto de ações situadas em um primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, podendo ter caráter individual ou coletivo e com objetivo de promover a saúde, prevenir agravos, tratar e reabilitar a população com essas necessidades (MATTOS, 2004).

Deste modo, esta definição passa por ações preventivas e também assistenciais e seu conteúdo dinâmico é composto por situações e problemas de saúde que são frequentes em determinadas populações (MATTOS, 2004).

3 DIAGNÓSTICO E DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

3.1 DESCRIÇÃO GERAL DA ORGANIZAÇÃO

Trata-se de um estudo descritivo com proposta de realização em um hospital de ensino, de natureza pública, de administração indireta e inserido na rede de estabelecimentos de saúde vinculados ao SUS. Com 450 leitos de internação divididos em linhas de cuidado, o CHC-UFPR é o maior hospital universitário totalmente SUS no Paraná e quinto maior do país sendo também, considerado um

polo de referência para prestação de assistência integral aos usuários do SUS em aspectos relacionados à saúde e, particularmente nas condições de média e alta complexidade tanto em ambiente hospitalar, como em condições ambulatoriais. Além deste, também é referência no desenvolvimento de atividades de ensino e pesquisa principalmente na compreensão de fatores loco-regionais e suas consequentes demandas para o SUS, com vistas ao aprimoramento de processos de gestão ambulatorial e hospitalar e também no aprimoramento de processos assistenciais para melhoria e garantia de práticas integrais e humanizadas.

3.2 DIAGNÓSTICO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

Durante a realização de ações voltadas à liberação da alta hospitalar, no cotidiano assistencial da enfermagem, percebe-se por parte dos familiares e/ou usuários dos serviços de saúde, a falta de conhecimento sobre a doença, as recomendações acerca dos cuidados para manutenção da saúde e também, a dificuldade em prosseguir com os encaminhamentos terapêuticos após a saída do ambiente hospitalar.

Deste modo, a continuidade do cuidado do paciente após a alta hospitalar evita que o usuário se perca na malha assistencial por desconhecimento dos serviços a que pode ter acesso para suprir suas necessidades.

Atualmente, o déficit existente sobre a realização de contrarreferência dos pacientes atendidos pelos serviços de atenção terciária faz com que familiares e pacientes procurem por atendimentos em locais inadequados, sobrecarregando por exemplo, os atendimentos ofertados por Unidades de Pronto Atendimento (UPA), os quais têm seus atendimentos voltados a casos de urgência e emergência.

4 PROPOSTA TÉCNICA PARA SOLUÇÃO DA SITUAÇÃO-PROBLEMA

4.1 PROPOSTA TÉCNICA

Após a identificação diária das necessidades vivenciadas pelos profissionais e usuários de saúde de diferentes níveis de atenção, a proposta de qualificação do atendimento e informações sobre o paciente durante a transição do cuidado por meio do serviço de gestão de altas é proveniente de 10 anos de desenvolvimento de

pesquisas internas e externas que foram realizadas pelo Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Paraná (UFPR).

Com a institucionalização da contrarreferência, a proposta prevê a qualificação das informações nela contidas para que, a continuidade do cuidado na atenção domiciliar continue de forma efetiva e eficaz, proporcionando o acesso dos usuários aos serviços oferecidos pelo SUS dentro da malha assistencial, a fim de que o cuidado não seja fragmentado, com perda de informações que podem ocorrer quando a há apenas a narrativa do próprio usuário.

A estruturação do serviço de gestão de altas no CHC-UFPR ocorreu no ano de 2018 e considerando que a internação não pode ser revertida abruptamente, a contrarreferência se faz necessária para alcançar o nível de entendimento e adesão ao tratamento por parte do usuário e familiar com o objetivo de garantir a continuidade do cuidado por meio de um contato prévio com outros enfermeiros/líderes da comunidade, aos quais será formalizada a transferência aos serviços da Atenção Primária em Saúde (APS).

Com a qualificação das informações repassadas a APS, propõe-se também o acesso às informações também às equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), os quais atuam em conjunto com as equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF) e podem em conjunto, promover a melhoria nos cuidados aos usuários.

Inicialmente, o serviço foi estruturado por meio da lei 8080 de 19 de setembro de 1990, lei 8142 de 22 de setembro de 1992 e pela portaria 3390 de 30 de dezembro de 2013, os quais subsidiaram a definição dos objetivos e elaboração de instrumentos para seguimento do programa.

Mediante a implantação do serviço de gestão de altas, e com a participação de inicialmente, duas enfermeiras de ligação, lotadas na unidade de regulação assistencial do CHC-UFPR, estabeleceu-se a divisão de unidades para atendimento destas enfermeiras, as quais realizaram busca ativa de pacientes e testes de fluxo para verificação das ferramentas propostas para utilização e gerenciamento dos pacientes que seriam atendidos pelo serviço.

A proposta desse trabalho é de orientar o serviço de gestão de altas no sentido de garantir que as informações que são transmitidas sejam devidamente recebidas pela atenção primária independentemente da forma de envio destas informações. As informações contidas nas contrarreferências realizadas contemplam

o resumo do período de internamento do paciente na atenção primária, última prescrição médica e também as orientações profissionais para os cuidados após a alta hospitalar, oficializando a necessidade de continuidade do cuidado para um nível de atenção adequado às necessidades deste usuário.

4.1.1 Plano de Implantação

Com um projeto terapêutico em mãos, a RAS é acionada pelo serviço de gestão de altas. Este projeto terapêutico é alinhado com a capacidade de atendimento da equipe da atenção primária em que o usuário está vinculado e também inclui o seu cuidador ou familiar responsável para que assim, a continuidade do cuidado seja garantida e aplicada.

Com vistas ao início gradual das atividades, a proposta prevê a análise qualitativa dos materiais e instrumentos já utilizados pelo serviço de gestão de altas a fim de que sejam identificados os processos e possíveis falhas nos encaminhamentos quanto a completitude dos dados preenchidos e informados, confidencialidade das informações e resultados das necessidades informadas pelo serviço de atenção terciária, de modo que o mesmo a APS dê seguimento e avalie as recomendações.

4.1.2 Recursos

Mediante a estrutura já existente e que contempla acesso e uso a computadores, internet e acesso também ao sistema de informações de pacientes e usuários do SUS do município, não se faz necessário o acréscimo de recursos e demais estruturas ou instalações para cumprimento da proposta. Como recurso humano, um enfermeiro com perfil de pró-atividade, conhecimento sobre RAS e capaz de realizar boa comunicação entre os níveis, é desejável.

4.1.3 Resultados esperados

Espera-se que com o cumprimento desta proposta, ocorra a qualificação do atendimento das enfermeiras de ligação na realização da contrarreferência garantindo a resolutividade no sistema e o protagonismo nas ações de saúde, seja

na formação de profissionais para o cuidado de forma integral, seja na transferência de conhecimentos entre os níveis de atenção, permitindo que a capacitação cruzada aconteça e o usuário seja o principal beneficiado neste sistema.

A qualificação das informações da atenção terciária para a básica colabora para sustentação do diagnóstico, implementação de ações e planejamento voltado às ações individuais e coletivas, compreendendo o cuidado integral e articulando os recursos para melhor utilização pelo usuário (BERNARDINO et al., 2010). A vulnerabilidade dos pacientes em se perder informações e de dar continuidade ao tratamento quando as alterações de saúde existem é uma premissa para que o atendimento ocorra de forma integral onde a continuidade do cuidado contribua para diminuição dos custos hospitalares e possa se estabelecer como uma estratégia adequada de política a ser seguida pelos diversos serviços de saúde.

4.1.4 Riscos ou problemas esperados e medidas preventivo corretivas

A coordenação e uso dos serviços de outros níveis de atenção para resolver as necessidades menos frequentes e também as mais complexas podem permitir que a continuidade do cuidado previna complicações e melhore a segurança dos pacientes (DAVIS et al., 2014). Os riscos neste processo podem incluir a descontinuidade do cuidado, a fragmentação das informações e também a dificuldade de acesso às informações pelas equipes da APS devido às instalações e estruturas existentes nos diferentes pontos de atenção, haja visto que a previsão de principal maneira de encaminhamento destas informações seja por meio do e-mail e prontuário eletrônico do paciente, mas, que conforme os resultados alcançados, pode sofrer alterações no meio de encaminhamento das informações, passando a ser por meio físico e não digital.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conexão, envolvimento e informação ao usuário é a base para continuidade do cuidado. A vulnerabilidade na transferência de saberes, na transferência de cuidados e na transferência da assistência faz com que ocorra a interrupção do processo assistencial.

A qualificação das informações e do processo assistencial proporciona um maior grau de conectividade entre os cuidados de longo prazo e uma relação terapêutica continuada entre os usuários e os profissionais de saúde dos diferentes níveis, tornando a assistência em saúde segura, eficaz, personalizada, eficiente, econômica e integral.

5.1 RECOMENDAÇÕES PARA TRABALHOS FUTUROS

Indica-se o estudo das perspectivas dos profissionais da atenção primária no recebimento das contrarreferências no sentido de reduzir o retorno precoce dos pacientes para a atenção terciária, demonstrando ganho potencial para o sistema de saúde ao se ter o conhecimento sobre o paciente também durante o período hospitalar e as medidas necessárias para garantir a assistência, recuperação e manutenção da saúde.

REFERÊNCIAS

BERNARDINO, E, et al. Enfermeira de ligação: uma estratégia de integração em rede. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília 2010 maio-jun; 63(3): 459-63. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0034-71672010000300018&script=sci_abstract&lng=pt. Acesso em: 15 jan. 2019.

BRASIL. Lei Orgânica n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: data dez. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.390, de 30 de dezembro de 2013. Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS). **Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 30 dez. 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt3390_30_12_2013.html>. Acesso em: data jan. 2019.

CHICK, N.;MELEIS, A. **Transitions**: a nursing concern. In P.L. Chinn (Ed.). *Nursing research methodology*. Boulder, CO: Aspen Publication, 1986. p. 237-257.
CRUZ, M. A. C. **A integralidade nas práticas de saúde após implantação do Programa Mais Médicos**: a experiência da Unidade Básica de Saúde Samambaia – Juatuba/MG. 2015. 172 f. Dissertação (Mestrado profissional) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, São Paulo, 2015.

DAVIS, JC do autor?. et al. Consensus statement from the first economics of physical inactivity consensus (EPIC) conference (Vancouver). **British Journal of Sports Medicine**, v.48, p. 947-951, 2014. Disponível em: <<https://bjsm.bmj.com/content/48/12/947>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

FRATINI, J. R. G.; SAUPE, R.; MASSAROLI, A. Referência e contra referência: contribuição para a integralidade em saúde. **Ciencia, Cuidado e Saúde**, v.7, n.1, p.65-72, 2008. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/4908/0>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

FREEMAN, G. K. et al. **Continuity of care 2006**: what have we learned since 2000 and what are policy imperatives now? Report for the National Co-ordinating Centre for NHS Service Delivery and Organization R&D (NCCSDO), London: NCCSDO, 2007.

GÉRVAS, J.; FERNÁNDEZ, M. P. **Uma Atenção primária forte no Brasil**: relatório sobre como fortalecer os acertos e corrigir fragilidades da estratégia de saúde da família. 2011. Disponível em: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/documentos/relatoriofinal_portugues.pdf>. Acesso em: data dez. 2018.

GIOVANELLA L et al. Saúde da família: limites e possibilidades para uma abordagem integral de atenção primária à saúde no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p.783-94, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000300014>. Acesso em: 15 jan. 2019.

GULLIFORD, M. et al. What is 'continuity of care'? **Journal of Health Services Research & Policy**, v. 11, n. 4, p. 248-250, 2006. Disponível em: <<https://doi.org/10.1258/135581906778476490>>. Acesso em: data dez. 2018.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil – Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2015000600003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 15 jan. 2019.

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). **Cadernos de Saúde Pública**, v.20, n.5, p.1411-16, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/37.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

NAKATANI-MACEDO, C. D. et al. Envelhecimento da população do Paraná e impacto das aposentadorias e pensões na renda. **Economia & Região**, v.3, n.1, p.27-38, 2015. Disponível em: <<http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/ecoreg/article/view/20858>>. Acesso em: 15 jan. 2019.

OUVERNEY, A.M. and NORONHA, J.C. **Modelos de organização e gestão da atenção à saúde**: redes locais, regionais e nacionais. In: FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. A saúde no Brasil em 2030 - prospecção estratégica do sistema de saúde brasileiro: organização e gestão do sistema de saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz/Ipea/Ministério da Saúde/Secretaria de Assuntos Estratégicos da Presidência da República, v. 3, p.143-82, 2013.

SCHUMACHER, K. L.; MELEIS A. I. A transitions: a central concept in nursing. **The journal of nursing scholarship banner**, v. 26, n.2, p.119-27, 1994. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8063317>>. Acesso em: 15 jan. 2019.